

Marca da bollo come
da norme vigenti €16.00

ALL'A.S.L. AL
Via Venezia 6 - 15121 Alessandria (AL)
SEDE DEL COMITATO ZONALE DI ALESSANDRIA
aslal@pec.aslal.it

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI
(ANNO 2027 – Ambito zonale provinciale di Alessandria)**

Art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 04.04.2024 per la disciplina dei rapporti con gli Specialisti ambulatoriali interni

Il/La sottoscritto/a Dott. _____, nato/a il _____
a _____ (Prov. _____)
C.F. _____ Comune di residenza _____
(Prov. _____) Cap. _____ Via _____ n° _____
Telefono _____ e-mail _____
PEC _____

Chiede di essere incluso/a nella graduatoria dei medici specialisti

BRANCA DI _____ ☐ **Primo inserimento**
☐ **Aggiornamento**

(Nel caso l'interessato sia in possesso di due o più specializzazioni che consentono l'inclusione in più graduatorie occorre presentare una domanda per ogni singola branca)

a valere per l'anno **2027**, relativamente all'ambito zonale provinciale di Alessandria in cui si intende ottenere l'incarico.

Chiede, inoltre, di essere inserito nella graduatoria di cui all'art. 19, comma 12, A.C.N. vigente (graduatorie di specialisti disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione) – barrare la casella che interessa

SI ☐ NO ☐

A tale fine allega alla presente la seguente documentazione:

- a) autocertificazione informativa relativa ai requisiti e ai titoli valutabili ai fini della graduatoria;
- b) informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali;
- c) fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità.

Data _____ Firma per esteso _____

N.B. Ai fini dell'attribuzione del relativo punteggio, la documentazione allegata deve essere tale da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quella dalla quale non è possibile dedurre i dati di valutazione.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO

Il/La sottoscritto/a Dott. _____, nato/a il _____
a _____ (Prov. _____) residente in _____ (Prov. _____)
Cap. _____ Via _____ n° _____

Consapevole della responsabilità penale richiamata dall'art. 76, D.P.R. 445/2000 e s.m.i., nonché della perdita dei benefici conseguiti cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

1. ☐ di essere cittadino/a italiano/a
☐ di essere cittadino/a di altro Paese appartenente all'U.E.
(specificare: _____)
2. di essere laureato/a in _____, conseguita presso l'Università di _____ in data _____
con voto _____ ☐senza lode ☐con lode
3. di essere abilitato/a all'esercizio della professione di _____ nella sessione _____ presso l'Università di _____
4. di essere iscritto/a all'Albo professionale _____ (dei medici chirurghi o degli odontoiatri), presso l'Ordine provinciale di _____ dal _____
5. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:
 - in _____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto _____ ☐senza lode ☐con lode
 - in _____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto _____ ☐senza lode ☐con lode
 - in _____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto _____ ☐senza lode ☐con lode

ovvero - per la BRANCA DI CURE PALLIATIVE - della certificazione regionale attestante l'esperienza triennale nella rete delle cure palliative, secondo quanto previsto dall'articolo 1, comma 522, della Legge 30 dicembre 2018, n.145, rilasciata dalla Regione _____ il _____;

6. di avere / non avere subito provvedimenti disciplinari da parte delle competenti Commissioni di Disciplina previste dall'attuale o dai precedenti Accordi

7. di essere / non essere soggetto/a a provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall'Ordine provinciale di _____

In caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare:

8. di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministero del Lavoro e della previdenza sociale;

9. di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;

10. di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialistica ambulatoriale nella stessa branca per la quale si chiede l'inserimento in graduatoria;

11. di avere / non avere svolto attività professionale in qualità di sostituto, incaricato provvisorio e a tempo determinato effettuata nella branca per cui si presenta la domanda, come precisato all'ALLEGATO N. 1, presso Aziende sanitarie ed altre Istituzioni pubbliche che applicano le norme del presente Accordo (INPS, INAIL, Ministero della Difesa, SASN, ecc..)

N.B.: non devono essere dichiarati i rapporti di lavoro dipendente o le sostituzioni di dipendenza, gli incarichi di consulenza, gli incarichi libero-professionali, né le borse di studio, ma solo le attività (ad eccezione di quelle a tempo indeterminato) svolte ai sensi dell'A.C.N. che regola la specialistica ambulatoriale interna.

12. di avere / non avere svolto attività professionale a tempo indeterminato nella branca per cui si presenta la domanda, presso AA.SS.LL. o altri Enti che applicano le norme dell'A.C.N. vigente, come precisato all'ALLEGATO N. 2, **(solo per lo specialista cessato dall'incarico a tempo indeterminato che intenda iscriversi nuovamente nelle graduatorie)**

Data _____

Firma per esteso _____

Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti con la presente domanda possano essere trattati, anche con strumenti informatici, dall'ASL AL ed Enti o Aziende collegate nel rispetto del D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data _____

Firma per esteso _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza delle conseguenze penali stabilite dal D.P.R. 445/2000 e s.m.i. in caso di attestazioni non veritiere o incomplete e conferma sotto la propria responsabilità le dichiarazioni sopra indicate.

Data _____

Firma per esteso _____

PUNTO 11 - ALLEGATO N. 1

Da compilare, una pagina per ogni anno di attività professionale svolta, nella branca per cui si presenta la domanda, in qualità di sostituto, incaricato provvisorio e a tempo determinato ai sensi del vigente A.C.N., **esclusivamente** dagli specialisti ambulatoriali che:

- a) **non sono inseriti nella graduatoria del Comitato Zonale di Alessandria valevole per l'anno 2026.**
- b) pur essendo inseriti nella graduatoria del Comitato Zonale di Alessandria valevole per l'anno 2026, intendono **integrare** quanto dichiarato in precedenza, dato che l'attività già acquisita viene inserita e calcolata in automatico.

N.B.: INSERIRE UNICAMENTE L'ATTIVITÀ RELATIVA ALLA BRANCA PER LA QUALE SI PRESENTA LA DOMANDA. NON SONO VALUTABILI LE ORE DI SERVIZIO EFFETTUATE PRIMA DEL 02/10/2000

ANNO _____				
BRANCA	A.S.L./ENTE (*)	Dal	Al	Totale ore effettivamente svolte nel periodo
Totale ore effettivamente svolte nell'anno				

(*) Indicare di seguito un recapito telefonico e/o indirizzo e-mail dell'Amministrazione competente, elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità delle dichiarazioni prodotte (art. 43, comma 1 D.P.R n. 445 del 28.12.2000)

Data _____

Firma per esteso _____

PUNTO 12 - ALLEGATO N. 2

Attività professionale svolta nella branca in qualità di **incaricato a tempo indeterminato** nella branca per cui si presenta la domanda, presso AA.SS.LL. o altri Enti che applicano le norme dell'A.C.N. vigente.

(Da compilare solo per lo specialista cessato dall'incarico a tempo indeterminato che intenda iscriversi nuovamente nelle graduatorie)

N.B.: INSERIRE UNICAMENTE L'ATTIVITÀ RELATIVA ALLA BRANCA PER LA QUALE SI PRESENTA LA DOMANDA. NON SONO VALUTABILI LE ORE DI SERVIZIO EFFETTUATE PRIMA DEL 02/10/2000

BRANCA	A.S.L./ENTE (*)	Dal	Al	Totale ore effettivamente svolte nel periodo
Totale ore effettivamente svolte nell'anno				

(*) Indicare di seguito un recapito telefonico e/o indirizzo e-mail dell'Amministrazione competente, elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità delle dichiarazioni prodotte (art. 43, comma 1 D.P.R n. 445 del 28.12.2000)

Data _____

Firma per esteso _____

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Egregio/a Dottore/Dottoressa,

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/03 e s.m.i., nonché del Regolamento UE 2016/679, in relazione ai dati personali richiesti, La informiamo di quanto segue:

1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento del procedimento volto alla formazione e all'approvazione della graduatoria (anno 2027) di cui all'art. 19, A.C.N. del 04.04.2024;
2. Il trattamento viene effettuato avvalendosi anche di strumenti informatici;
3. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, **in caso di rifiuto la S.V. non potrà essere inserito in detta graduatoria;**
4. Nell'ambito del procedimento di cui sopra, dati anagrafici, punteggio e posizione nella graduatoria saranno pubblicati sul sito istituzionale dell'A..SL. AL, nonché sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte;
5. In merito al trattamento dei propri dati personali l'interessato può esercitare i diritti previsti dagli artt. 15,16,17 e 18 del Regolamento. In caso di sottoscrizione di una qualsiasi forma di consenso al trattamento richiesto dall'A.S.L. AL si fa presente che l'interessato può revocarlo in qualsiasi momento, contattando il titolare del trattamento all'indirizzo mail: aslal@pec.aslal.it
6. IL Titolare del trattamento dei dati è l'A.S.L. AL.

I dati anagrafici contenuti nella domanda ed i recapiti telefonici potranno, altresì, essere forniti alle AA.SS.LL. ed agli Enti firmatari, al fine di consentire agli stessi le procedure di assegnazione dirette di eventuali incarichi. Per la trasmissione di tali dati si richiede esplicito consenso.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER L'INSERIMENTO NELLE GRADUATORIE DEI MEDICI SPECIALISTI E VETERINARI AI SENSI DELL'ART. 19 DELL'A.C.N. DEL 04.04.2024

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____, nato/a il ____/____/____
ricevuta l'informativa resa all'interessato

☐ **AUTORIZZA**

☐ **NON AUTORIZZA**

il trattamento dei dati personali conferiti per le finalità inerenti la presente richiesta di inserimento in graduatoria

☐ **AUTORIZZA**

☐ **NON AUTORIZZA**

il trattamento e la divulgazione dei propri dati personali, con particolare riferimento alla segnalazione del proprio nominativo, indirizzo e recapiti telefonici, alle AA.SS.LL. ed agli Enti firmatari, per i fini istituzionali di cui agli artt. 19 e 23 dell'A.C.N. del 04.04.2024

Data _____

Firma per esteso _____